

大学入学資格検定身体障害者受検特別措置申請書

志願者氏名等(太線で内に必要事項を記入してください。)

受検に際して希望する措置(太線内の希望する箇所に)及び必要事項を記入してください。

| | | | |
|---------|---------|---|---|
| フリガナ | 〒 | | |
| 志願者氏名 | 志願者の現住所 | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 志願者本籍地 | 都・道・府・県 | | |
| 連絡先電話番号 | | | |

障害の程度(太線内の該当する箇所に)及び必要事項を記入してください。)

| 視覚障害 | 聴覚障害 | 障害 |
|----------------|------------------------|------------|
| 点字による教育を受けている者 | 両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者 | 左記以外の聴覚障害者 |
| 該当する | 該当する | 該当する |
| 該当する | 該当する | 該当する |

| 肢体不自由 | 弱 | |
|-------------------|---------------------------------------|------|
| | 病 | 弱 |
| 上部の機能障害により筆記が困難な者 | 慢性の胸部、心臓、腎臓疾患等の状態が6ヶ月以上生活するに必要と認められる者 | その他 |
| 下部の機能障害により筆記が困難な者 | 左記以外の肢体不自由者 | |
| 該当する | 該当する | 該当する |
| 該当する | 該当する | 該当する |

身体障害者手帳交付番号

交付年月日

年 月 日

障害名

等級

この欄に、症状及び学校等の授業での状況等を詳しく記入してください。

(書ききれない場合は裏面を使用してください。)

| 視覚 | | 聴覚 | | 障害 | | 害 | |
|-------------------|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------|------|
| 点字による解答(1.5倍)(別室) | 文字による解答(1.3倍)(別室) | 拡大文字問題冊子の配布 | 拡大鏡等の持参使用 | 窓側の明るい座席を指定 | 照明器具の持参使用 | 点字器等の持参使用 | |
| 希望する | 希望する | 希望する | 希望する | 希望する | 希望する | 希望する | 希望する |

| 聴覚障害 | | 害 | |
|---------------|----------|------------------|--|
| 注意事項等の文書による伝達 | 座席を前列に指定 | 補聴器の持参使用(FM式を除く) | |
| 希望する | 希望する | 希望する | |

| 肢体不自由・病弱等(1) | | 等 | |
|--------------------|--------------|-----------|-----------|
| チェクによる解答(1.3倍)(別室) | チェクによる解答(別室) | 試験室を1階に設定 | 試験室を1階に設定 |
| 希望する | 希望する | 希望する | 希望する |
| 希望する | 希望する | 希望する | 希望する |

| 肢体不自由・病弱等(2) | | 等 | |
|--------------|----------|----------------|--------------|
| 特製機の持参使用 | 車椅子の持参使用 | 試験室入口までの付添者の同伴 | 試験場への乗用車での入構 |
| 希望する | 希望する | 希望する | 希望する |
| 希望する | 希望する | 希望する | 希望する |

その他の希望措置(記載事項以外で、希望する措置があれば記入してください。)

フリガナ

記入者氏名

印

教育委員会名

受検番号

教育委員会記入欄(裏面：有・無)